EXPOSÉ DES DISTINCTIONS HONORIFIQUES

ET TRAVAUX ORIGINAUX

DU

DOCTEUR CLAUDE-LOUIS COUTARET

NÉ A ROANNE (LOIRE), LE 3 FÉVRIER 1832

A L'APPUI DE SA CANDIDATURE AU TITRE DE MEMBRE CORRESPONDANT

DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A — GRADES PROFESSIONNELS

Préparateur de chimie à l'Ecole de médecine de Lyon.............. 1852-1855
Interne des hôpitaux de Lyon.................................... 1852-1855
Docteur en médecine de la Faculté de Paris................ 15 septembre 1855
Chirurgien-chef de l'hospice de Roanne........................... 1862-1882

B — TITRES SCIENTIFIQUES

Membre de la Société des sciences médicales de Lyon.................. 1870
Membre de la Société académique de la Loire-Inférieure................ 1871
Membre de la Société médico-chirurgicale de Liège.................... 1871

C — TITRES HONORIFIQUES

Lauréat de l'Institut (prix de 500 francs) 1872
Médaille de bronze du Ministre de l'Agriculture et du Commerce (Mémoire d'hygiène) 1875
Médaille d'argent de l'Académie de médecine (Commission d'hygiène de l'enfance) 1883
Médaille d'argent (Société protectrice de l'enfance) 1885
Chevalier de la Légion d'honneur (14 juin) 1890
Citation à l'Institut 1891
Palmes académiques 1892
Médaille d'argent, décernée par le gouvernement *(Tout à l'égout et Utilisation agricole)* 1893

D — PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

1° Essai sur les Dyspepsies. — Digestion artificielle des substances féculentes 1870
2° Vingt-cinq ans de Chirurgie 1883
3° Hygiène et salubrité des villes. — Eaux de sources et assainissement. 1884
4° Dyspepsie et Catarrhe gastrique 1890
5° L'Assainissement et le tout a l'égout avec irrigations et utilisation agricole 1890
6° Découvertes contemporaines, relatives aux maladies des voies digestives *(Lyon médical)* 1891
7° Médication acidule *(Bulletin général de thérapeutique)* 1891
8° Entasis et Dyspepsie entasique *(Gazette des Hôpitaux)* 1891
9° Double origine de l'altération des sécrétions digestives *(Semaine médicale)* 1891
10° Diathèse rhumatoïdale et Catarrhe gastrique *(Semaine médicale)*. 1892
11° Les Dyspepsies et leur traitement *(Bulletin général de thérapeutique)*. 1892
12° Considérations pratiques sur le chimisme de l'estomac *(Semaine médicale)* 1892

E — ANALYSE SUCCINCTE DES TRAVAUX ORIGINAUX

I

DYSPEPSIE AMYLACÉE ET MALTINE

(Essai sur les Dyspeysies — 1870)

J'ai démontré l'importance méconnue de la diastase salivaire et prouvé que les dyspepsies d'origine diététique et passionnelle sont occasionnées par une altération en qualité ou en quantité de la ptyaline.

Les sécrétions des glandes salivaires jouent, vis-à-vis de celles de l'estomac, le rôle de stimulus. C'est pourquoi, dans la dyspepsie, les variabilités du chimisme gastrique sont effet et non cause. Les glandes chlorhydro-peptiques sont gorgées de sucs prêts à fluer; mais leur fonction n'est pas ou est trop lentement sollicitée par un stimulus parotidien parésié.

Le traitement rationnel de la dyspepsie est donc :

1° De diminuer considérablement la quantité des féculents qui, seuls des aliments, exigent l'intervention de la diastase salivaire pour commencer leur conversion en dextrine, maltose et glucose;

2° De mâcher longuement, afin de profiter du peu de ferment diastasique disponible;

3° De suppléer à son déficit ou à son défaut, en prenant après chaque repas 3 ou 4 *Pastilles de Maltine*, diastase de l'orge germée, identique à celle de la parotide;

4° D'ingérer après le repas des alcalins qui stimulent directement l'afflux du suc gastrique et préviennent ou neutralisent les fermentations anormales des substances amylacées, dans un milieu pauvre en HCL.

Depuis mes recherches, cette médication a été adoptée par des médecins éminents et une foule de praticiens de province.

II

ENTASIS ET DYSPEPSIE ENTASIQUE

(Vingt-cinq ans de Chirurgie, 1883. — *Dyspepsie et Catarrhe gastrique*, 1890. *Gazette des Hôpitaux*, 1891).

Le premier, j'ai décrit cette maladie, lui ai donné un nom et un traitement. Très répandue, elle frappe toutes les classes de la société, les hommes comme les femmes, les ouvriers des villes et ceux des campagnes. Le peuple la connaît, la redoute et l'appelle : *estomac détendu, estomac décroché*, expression bizarre, qui fait sourire le médecin, mais n'appelle pas son attention sur la lésion.

Entasis signifie : effort musculaire ayant entraîné une lésion au niveau d'une région limitée de l'organisme. Lorsque l'entasis retentit sur la région sous-diaphragmatique, il donne naissance à la dyspepsie entasique. L'effort brusque, dans ces conditions, produit une déchirure partielle des attaches, un décollement du péritoine, une rupture ou une fissure des organes friables contenus dans la partie supérieure de l'abdomen. De là, une péritonite circonscrite, de nature séro-adhésive, qui est périhépatique, rétrogastrique ou périsplénique, selon le point sur lequel a porté l'effort. Cette péritonite marche rarement vers la suppuration; l'exsudat se résout avec le temps.

La caractéristique de la dyspepsie entasique est une mauvaise digestion habituelle et surtout l'impuissance de se livrer à un travail soutenu. Pendant les premiers mois qui suivent l'accident, le blessé éprouve au moindre effort une douleur au niveau de la partie lésée; plus tard, le point disparaît, mais l'impossibilité de mettre en jeu les forces musculaires persiste. Ne sachant où donner de la tête, il s'abandonne aux sorciers et aux empiriques et, le temps aidant, il recouvre la santé après d'interminables périodes d'incapacité physique.

Le chimisme de l'estomac n'a rien à faire avec cette affection chirurgicale. Les médications les plus rationnelles en apparence restent inefficaces; grâce à la persistance de la cause méconnue, la maladie se prolonge pendant de longues années. Je découvre à chaque instant des dyspepsies entasiques, au milieu des observations publiées de dyspepsies rebelles, dont la neurasthénie endosse la responsabilité.

On en triomphe en 8 ou 10 mois, à l'aide des moyens suivants : 1° suppression rigoureuse et absolue des efforts musculaires, travaux pénibles et exercices violents; 2° révulsions répétées, *loco dolenti;* 3° pas de constriction exercée de haut en bas sur l'abdomen, et maintien en permanence d'une pression régulière de bas en haut par une ceinture ventrière; 4° précautions diététiques communes à toutes les dyspepsies.

III

JAUNE PALATIN

L'insuffisance hépatique et les altérations fonctionnelles du foie sont considérées de plus en plus comme l'origine ou l'aboutissant de la plupart des maladies chroniques et principalement des affections des voies digestives.

Cet état obscur du foie se traduit rarement par des signes objectifs et subjectifs facilement appréciables. La congestion du viscère, une douleur vague dans l'hypocondre droit, la lithiase et la coniase biliaire, la présence dans l'urine de l'urobiline et des pigments colorés, la teinte ambrée des sillons faciaux et des sclérotiques font souvent défaut; il reste au praticien un signe que j'ai découvert et décrit sous le nom de jaune palatin *(Dyspepsie et Catarrhe gastrique,* 1890).

Le voile du palais des gastropathes est maintes fois coloré en jaune, variant de la teinte pâle, ambrée, orangée, terne, jusqu'au canari le plus vif. Le jaune palatin est tantôt limité aux rebords du voile du palais, tantôt il le colore en entier. Chez les uns, il est répandu uniformément; sur d'autres, il dessine de chaque côté de la luette et de la ligne médiane du voile deux belles amandes, à direction antéro-postérieure, à base reposant sur le bord libre et tranchant sur le fonds moins coloré.

Ce signe n'existe que dans l'insuffisance hépatique et non dans l'ictère et les maladies parenchymateuses. Les dégénérescences du pylore, du foie, du pancréas, etc., nuancent le palais d'une teinte paille diffuse et non circonscrite.

Le jaune palatin est un signe précieux en séméiologie; il indique quelques purgatifs et l'usage des laxatifs cholagogues.

IV

DIATHÈSE RHUMATOÏDALE

Cette diathèse complètement méconnue est confondue avec le rhumatisme, l'herpétisme et l'arthritisme. Elle s'en distingue par ses causes, ses manifestations et son traitement. Ma longue pratique dans une petite ville et les campagnes m'a permis de la surprendre à son origine, de la suivre dans ses développements et d'en observer les effets sur plusieurs générations successives.

La diathèse rhumatoïdale se contracte par le séjour babituel et prolongé dans des milieux envahis par le froid humide, le salpêtre ou les moisissures. Les circonstances dans lesquelles l'homme est exposé à son influence délétère sont innombrables; aussi la fréquence des complications rhumatoïdales est-elle prodigieuse. L'organisme humain *se moisit* à la longue et à sa façon, de même que les arbres se couvrent de mousses dans les lieux humides et les matières organiques de végétations mucorinées. (*Dyspepsie et Catarrhe gastrique,* 1890. — *Semaine médicale,* 1892).

Les sièges de prédilection de la diathèse rhumatoïdale sont : *les muqueuses, les muscles lisses, les artères aortiques ou les veines,* tandis que le rbumatisme se jette exclusivement sur *les séreuses, les articulations, les muscles striés ou le cœur.*

Les symptômes les plus constants de la diathèse rhumatoïdale sont le catarrbe gastrique et l'hypertension des artères du type élastique. Un de ses caractères pathognomoniques est la sciatique névrilénique.

1° Catarrhe gastrique. — Le catarrbe gastrique est donc d'origine diathésique, et ne se distingue de la dyspepsie que par sa cause et son traitement. Comme elle, il est exempt de lésions inflammatoires et interstitielles; c'est en cela qu'il diffère essentiellement de la gastrite, de la dyspepsie irritative et du catarrhe muqueux des buveurs.

Ce catarrhe diathésique attaque à la fois et inégalement tous les facteurs de l'acte digestif; il est toujours hypochlorhydrique, par suite de l'*altération fonctionnelle* des glandes chlorhydropeptiques. (*Dyspepsie et Catarrhe gastrique,* 1890. — *Semaine médicale,* 1891-1892. — *Gazette des hôpitaux,* 1891-1892).

Dans l'état rhumatoïdal, il se produit une hypersécrétion muqueuse sur toute la longueur de l'appareil digestif, qui se présente sous deux formes justiciables du même traitement : 1° l'hypersécrétion liquide, seule forme admise par les auteurs et 2° l'hypersécrétion mucineuse ou sèche, aussi commune que la précédente.

On le diagnostique à la réunion plus ou moins complète sur le même sujet des symptômes suivants :

Blancheur uniforme de la langue, à des degrés variables ;
Disposition à l'inapétence et à la dépression des forces ;
Troubles digestifs avec ou sans vomissements glaireux ;
Constipation, ou diarrhée alternant avec la constipation ;
Douleurs erratiques et barométriques ;
Coryzas fréquents et pharyngite chronique ;
Prurit erratique, urticaire ou éruptions à la peau ;
Transpiration au moindre effort et calorification défaillante ;
Tendance à l'hypertension de l'aorte et de la sous-clavière gauche ;
Pas d'antécédent rhumatismal articulaire ni valvulaire ;
Imprégnation rhumatoïdale antérieure ou actuelle.

J'estime à 35 o/o des gastropathies le nombre des catarrhes gastriques dans le centre de la France. Ce chiffre est supérieur en Allemagne, et beaucoup plus élevé en Angleterre.

2° Hypertension vasculaire. — Après le catarrhe gastrique, la manifestation rhumatoïdale la plus constante est l'hypertension des artères aortiques. J'ai signalé la fréquence, les modalités et la signification de ce symptôme qui est, en somme, le premier degré de l'artérios-clérose. (*Dyspepsie et Catarrhe gastrique,* 1890. — *Semaine médicale,* 1892.)

On accuse généralement la goutte, l'alcoolisme, le tabagisme, la syphilis, le saturnisme, etc., d'être cause de l'hypertension vasculaire; ces affections réunies n'en engendrent pas autant que la diathèse rhumatoïdale. Voilà un fait important à retenir, car, à son premier degré, on enraie facilement l'hypertension vasculaire à l'aide de la médication acidule.

3° Sciatique névrilénique. — La plupart des névralgies n'ont rien de pathognomonique par elles-mêmes. La sciatique seule est, dans la majorité des cas, l'apanage de la diathèse rhumatoïdale.

A des degrés variables, dont plusieurs passent inaperçus, elle s'observe 30 à 35 fois sur 100 dans l'état rhumatoïdal. J'ai établi en principe qu'elle est *aussi caractéristique de cette diathèse que l'est l'endocardite du rhumatisme.*

D'après mes observations sur l'état des vaisseaux veineux des rhumatoïdés, je serais disposé à croire, avec M. Mesnard, de Bordeaux, que la douleur sciatique est due à des varices profondes. En fait, l'extrait fluide d'Hamamelis, joint aux révulsifs et à la médication acidule, triomphe plus rapidement de cette complication que tous autres agents thérapeutiques.

V

PHLÉBITE PÉRIBOLIQUE

Les veines des rhumatoïdés sont toujours malades et prêtes à devenir, pour les moindres causes, la proie de la phléhite. L'étude attentive et prolongée de la diathèse m'a permis de découvrir et de caractériser une espèce de phlébite rare, extrêmement curieuse et à laquelle j'ai donné le nom de phlébite périholique. J'en ai publié d'intéressantes observations dans mon *Etude sur les Dyspepsies,* 1870, et dans mon grand ouvrage : *Dyspepsie et Catarrhe gastrique,* 1890.

Sous l'influence d'un surmenage physique ou d'un traumatisme quelconque, une des jambes du rhumatoïdé s'endolorit, enfle et devient le siège d'une phléhite aiguë. Supposons que ce soit le membre inférieur droit.

En un mois ou plus, l'inflammation envahit le membre inférieur, jusqu'au pli de l'aine. Là, elle séjourne un certain temps, arrêtée qu'elle est par les ligaments cruraux. Tout à coup, elle pénètre dans l'abdomen et détermine des douleurs d'une intensité variable et des troubles intestinaux et splanchniques d'une durée indéterminée. A un moment donné, les veines de la poitrine sont atteintes à leur tour et le malade se plaint de bronchite, étouffements, palpitations, qui présentent parfois une intensité alarmante. Puis, ces symptômes s'atténuent et le trifacial droit devient douloureux, le cou sensible; la vue se perd complètement pendant quelques heures, quelques jours ; la tête est lourde et le bras droit engourdi et douloureux à la pression. — Réaction fébrile faible ou nulle chez les uns, violente chez les autres.

Enfin, un calme relatif survient et la phléhite passe du côté gauche, pour suivre la même voie en sens inverse et se traduire par les mêmes manifestations successives. Arrivée de haut en bas, vers les ligaments de l'aine gauche, elle y séjourne quelque temps avant de les traverser, de gagner le membre inférieur et de s'y terminer.

L'évolution morbide a duré deux ou trois mois ; il en faudra davantage pour que la guérison soit assurée. Les deux sexes, à l'âge mûr, y sont également exposés. Lorsque le malade a recouvré la santé, on voit des engorgements ganglionnaires persistants au niveau des plis de l'aine, et situés dans le sens de la marche de la phléhite. Si le mal a débuté par le membre inférieur droit, l'adénite est située *au-dessous* des ligaments cruraux droits et *au-dessus* d'eux dans le pli de l'aine gauche. On peut souvent suivre en creux le trajet des veines atrophiées ou sentir le cordon dur qu'elles ont laissé à leur place.

M. le Dr Cimon A. Orlandos, d'Athènes, a publié *(Progrès médical,* 4 mars 1893) une observation de phlébites multiples sur le même sujet. L'auteur croit son observation unique et ne se doute pas que, depuis 20 ans, j'ai écrit l'histoire de la phléhite périholique. Je n'ai jamais observé, pendant le cours de cette maladie, de suppuration, d'embolie ni de mort.

VI

MÉDICATION ACIDULE, PAR LES ACIDES MINÉRAUX FORTS

Depuis mes débuts dans la carrière médicale, je me suis efforcé de débrouiller le chaos des dyspepsies, et je suis parvenu à la conception pleine et entière de la diathèse rhumatoïdale.

En mettant à part la gastrite et les dyspepsies irritatives, alcooliques, neurasthéniques et dégénérées, l'ensemble des dyspepsies doit être divisé en deux catégories absolument distinctes :

1° La dyspepsie pure, maladie locale, provenant de causes locales, diététiques ou passionnelles, et présentant un chimisme éminemment variable. Cette affection est caractérisée par *un ralentissement des sécrétions chlorhydro-peptiques, joint à l'intégrité fonctionnelle des glandes gastriques*. Elle est justiciable du traitement antidyspeptique français : maltine, alcalins, acide chlorhydrique et cures minérales bicarbonatées sodiques.

2° Le catarrhe gastrique, état constitutionnel d'origine rhumatoïdale, tout à fait indifférent au traitement antidyspeptique français, qui est guéri ou considérablement amélioré par la médication acidule forte et les cures thermales de Carlsbad ou de Saint-Nectaire. Le catarrhe gastrique est essentiellement *hypochlorhydrique, par suite de la défaillance des sécrétions chlorhydro-peptiques, altérées ou épuisées par la diathèse*.

La médication acidule forte donne, dans ces cas, des résultats merveilleux et inespérés. Des tâtonnements sans nombre et une longue expérimentation clinique m'ont conduit à choisir de préférence *l'acide sulfonitrique rabélisé vieilli*. (Pour la préparation de ce médicament, son mode d'emploi et ses indications, voir : *Dyspepsie et catarrhe gastrique*, 1890. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1891, 1892. — *Semaine médicale*, 1891, 1892.

Les estomacs rhumatoïdés affectent pour les acides minéraux forts une tolérance prodigieuse. Avec le peptogène acidule, on enraie ou l'on guérit toutes les manifestations rhumatoïdales : catarrhe gastrique, hypertension vasculaire, angiopathie veineuse et herpétisme rhumatoïdal.

Les contrindications de la médication acidule forte sont : la dyspepsie pure — les maladies digestives de l'enfance et des personnes soumises au régime lacté — les affections rhumatismales et goutteuses — la gastrite, les dyspepsies irritatives, alcooliques, neurasthéniques et les dégénérescences.

Mes conceptions doctrinales et thérapeutiques sont originales et personnelles. On a insinué que j'avais copié les Anglais, qui font un usage abusif des acides minéraux forts, notamment de l'eau Régale. Je ne connaissais pas leur médication acidule, avant l'année 1889. Comme théorie, doctrine, indications et médicament, il n'y a aucune comparaison à établir entre mes découvertes cliniques et la pratique excellente mais empirique des médecins britanniques.

Seul, M. le professeur Hayem a employé *une fois* l'acide sulfonitrique rabélisé vieilli dans son service hospitalier. Il déclare n'en avoir retiré aucun bénéfice. Hélas ! il l'a prescrit à un homme atteint de gastrite éthylique, de neurasthénie et d'hypocondrie. Ce sont justement les conditions expresses dans lesquelles j'ai formellement contrindiqué la médication acidule forte !

Ces considérations pathologiques et thérapeutiques ont surpris le monde médical, que je crois engagé dans une voie sans issue, en ce qui concerne les maladies des voies digestives. Quand l'étiologie aura reconquis, en nosologie, la prééminence qu'elle n'aurait pas dû perdre, on reconnaîtra que ma doctrine de la dualité et mon traitement différencié des dyspepsies sont de grandes vérités cliniques.

21 avril 1893.

Dr C.-L. COUTARET (de Roanne).

Roanne, Imp. M. Souchier.